

CCDR • RMTTC

1 January 2004 • Volume 30 • Number 1

le 1^{er} janvier 2004 • Volume 30 • Numéro 1

ISSN 1188-4169

Contained in this issue:

- Tuberculosis in Canada: 2002 pre-release 1
- Mass immunization campaign launched to protect 15 million children from polio, as outbreak in Nigeria spreads across West Africa 7

Contenu du présent numéro :

- La tuberculose au Canada : 2002 prédiffusion 1
- Lancement d'une campagne de vaccination de masse destinée à protéger 15 millions d'enfants à la suite de la propagation en Afrique de l'Ouest de la flambée de poliomyélite au Nigeria 7

TUBERCULOSIS IN CANADA: 2002 PRE-RELEASE

To facilitate an earlier release of key national tuberculosis (TB) data, the following tables have been extracted from the Canadian Tuberculosis Reporting System (CTBRS) for the year 2002. Data included in this pre-release report should be considered provisional until publication of the full report, *Tuberculosis in Canada 2002*.

Highlights

In 2002, 1555 cases (5.0 per 100,000) of new active and relapsed TB were reported to the CTBRS. The highest rate, of 31.4 per 100,000, was reported in the North region (Yukon Territory, Northwest Territories and Nunavut). TB incidence was lowest in the Atlantic region (Nova Scotia, New Brunswick, Prince Edward Island, Newfoundland and Labrador: 1.1 per 100,000). The three most populous provinces (Ontario, Quebec and British Columbia), which collectively make up 75% of Canada's population, accounted for 75% of the total number of reported cases (Table 1).

By age group, individuals between the ages of 25 and 34 years made up the largest number of reported cases, accounting for 18% of the total (Table 2).

Accurate information on country of origin of TB cases in Canada has been available since 1970. In 2002, TB among foreign-born individuals accounted for 66% of all reported cases in Canada. Canadian-born non-Aboriginal and Canadian-born Aboriginal cases made up 16% and 15% respectively of the reported cases. Birthplace was unknown for 3% of cases (Table 3).

Respiratory TB was the most frequently reported main diagnostic site, representing 66% of reported cases in 2002 (Table 4). TB of the peripheral lymph nodes accounted for 14% of the cases and was the second most commonly reported diagnostic site. Diagnostic site varied by birthplace. The majority of peripheral lymph node cases were in foreign-born individuals from the Western Pacific Region (Table 5).

Acknowledgements

The authors would like to acknowledge the provincial/territorial Tuberculosis Programs and their teams for their contribution to and participation in the CTBRS.

LA TUBERCULOSE AU CANADA : 2002 PRÉDIFFUSION

Afin de pouvoir diffuser plus tôt les principales données nationales relatives à la tuberculose, nous avons extrait les tableaux suivants du Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) pour l'année 2002. Les données figurant dans cet aperçu avant publication devraient être considérées comme provisoires tant que le rapport intégral, *La tuberculose au Canada - 2002*, n'aura pas été publié.

Faits saillants

En 2002, 1 555 nouveaux cas (5,0 pour 100 000) de tuberculose évolutive et de rechute ont été signalés au SCDCT. Le taux le plus élevé, soit 31,4 cas pour 100 000, a été enregistré dans la région du Nord (Territoire du Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut). C'est dans la région de l'Atlantique que l'incidence de la tuberculose était la plus faible (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador : 1,1 pour 100 000). Les trois provinces les plus peuplées (Ontario, Québec et Colombie-Britannique), qui regroupent 75 % de la population canadienne, ont déclaré 75 % de tous les cas (tableau 1).

C'est dans le groupe des 25 à 34 ans que l'on retrouve le plus grand nombre de cas signalés, soit 18 % du nombre total (tableau 2).

Depuis 1970, des données exactes sur le pays d'origine des cas de tuberculose au Canada sont disponibles. En 2002, 66 % de tous les cas déclarés au Canada étaient nés dans d'autres pays, alors que 16 % étaient des non-Autochtones nés au Canada et 15 % des Autochtones nés au Canada. Dans 3 % des cas, le lieu de naissance n'était pas connu (tableau 3).

La tuberculose respiratoire constituait la localisation la plus souvent signalée, étant à l'origine de 66 % des cas déclarés en 2002 (tableau 4). Les ganglions lymphatiques périphériques se classaient au deuxième rang des localisations les plus fréquentes de la tuberculose (14 % des cas). La localisation variait selon le lieu de naissance. La majorité des cas de tuberculose des ganglions lymphatiques périphériques étaient nés à l'étranger et provenaient de la région du Pacifique occidental (tableau 5).

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les programmes provinciaux et territoriaux de lutte contre la tuberculose et leurs équipes d'avoir contribué et participé au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT).



Source: M Allegakone, Tuberculosis Database Manager, M Phipers, Senior Epidemiologist, Tuberculosis Prevention and Control, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada. This report can also be accessed on the Internet at <<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/>>.

Sources : M Allegakone, Gestionnaire de la base de données sur la tuberculose, et M Phipers, épidémiologiste principale, Division de la lutte antituberculeuse, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada. Le présent rapport est également affiché sur Internet à l'adresse suivante : <<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/>>.

Table 1. Reported new active and relapsed tuberculosis cases and incidence rates per 100,000 – Canada and provinces/territories: 1992-2002

Tableau 1. Nouveaux cas actifs et cas de rechute signalés et taux d'incidence pour 100 000 – Canada et provinces/territoires : 1992-2002

Year of diagnosis			Province/territory								
			CANADA	Atlantic	Quebec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	British Columbia	North
Année du diagnostic			Province/territoire								
			CANADA	Atlantique	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Nord
1992	Cases	Cas	2108	68	424	822	86	133	222	323	30
	Rate	Taux	7.4	2.8	5.9	7.7	7.7	13.2	8.4	9.3	32.3
1993	Cases	Cas	2012	99	352	769	108	153	156	337	38
	Rate	Taux	7.0	4.1	4.9	7.1	9.6	15.1	5.8	9.4	40.4
1994	Cases	Cas	2074	42	361	831	116	147	178	324	75
	Rate	Taux	7.1	1.7	5.0	7.6	10.3	14.5	6.6	8.8	79.4
1995	Cases	Cas	1931	34	380	766	108	155	126	308	54
	Rate	Taux	6.5	1.4	5.2	6.9	9.5	15.3	4.6	8.2	56.2
1996	Cases	Cas	1868	57	332	771	97	113	140	316	42
	Rate	Taux	6.3	2.4	4.6	6.9	8.6	11.1	5.0	8.1	42.2
1997	Cases	Cas	1976	34	360	761	96	121	166	405	33
	Rate	Taux	6.6	1.4	4.9	6.8	8.4	11.8	5.8	10.2	33.0
1998	Cases	Cas	1791	37	289	724	116	98	158	329	40
	Rate	Taux	5.9	1.6	3.9	6.3	10.1	9.5	5.4	8.2	39.9
1999	Cases	Cas	1806	44	314	684	132	116	149	328	39
	Rate	Taux	5.9	1.9	4.3	5.9	11.5	11.3	5.0	8.1	39.2
2000	Cases	Cas	1694	25	318	670	98	104	133	285	61
	Rate	Taux	5.5	1.0	4.3	5.7	8.5	10.1	4.4	7.0	61.1
2001	Cases	Cas	1703	40	259	634	115	114	116	379	46
	Rate	Taux	5.5	1.7	3.5	5.3	10.0	11.2	3.8	9.3	47.5
2002	Cases	Cas	1555	25	282	618	98	89	128	284	31
	Rate*	Taux*	5.0	1.1	3.8	5.1	8.5	8.8	4.1	6.9	31.4

* Data and rates for 2002 are provisional until publication of the *Tuberculosis in Canada, 2002 Annual Report*

* Les données et les taux pour 2002 doivent être considérés comme provisoires tant que le rapport annuel *La tuberculose au Canada, 2002* n'aura pas été publié.

Table 2. Reported new active and relapsed tuberculosis cases and incidence rates per 100,000 by age group – Canada: 1992-2002

Tableau 2. Nouveaux cas actifs et cas de rechute signalés et taux d'incidence pour 100 000 selon le groupe d'âge – Canada : 1992-2002

Year of diagnosis			Age group											Age Unk. Age inc.
			Groupe d'âge											
Année du diagnostic			TOTAL	< 1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
1992	Cases	Cas	2108	25	83	85	242	405	286	191	224	276	290	1
	Rate	Taux	7.4	6.2	5.3	2.2	6.0	7.9	6.2	6.0	9.2	14.0	21.8	-
1993	Cases	Cas	2012	26	69	108	234	386	270	210	214	257	237	1
	Rate	Taux	7.0	6.6	4.3	2.7	5.8	7.6	5.7	6.2	8.7	12.7	17.3	-
1994	Cases	Cas	2074	20	72	98	274	411	261	224	212	271	231	-
	Rate	Taux	7.1	5.2	4.5	2.5	6.8	8.2	5.4	6.4	8.5	13.2	16.4	-
1995	Cases	Cas	1931	27	64	85	229	325	314	201	209	251	225	1
	Rate	Taux	6.5	7.1	4.0	2.1	5.7	6.6	6.4	5.5	8.3	12.0	15.3	-
1996	Cases	Cas	1868	11	68	63	214	356	304	191	193	250	218	-
	Rate	Taux	6.3	2.9	4.3	1.6	5.3	7.5	6.1	5.0	7.6	12.0	14.6	-
1997	Cases	Cas	1976	9	50	58	214	385	292	216	227	246	279	-
	Rate	Taux	6.6	2.5	3.2	1.4	5.3	8.2	5.7	5.5	8.8	11.7	18.0	-
1998	Cases	Cas	1791	19	61	71	186	307	302	180	171	235	259	-
	Rate	Taux	5.9	3.6	4.0	1.7	4.5	6.7	5.8	4.4	6.4	11.0	16.1	-
1999	Cases	Cas	1806	27	59	63	200	329	260	187	181	236	264	-
	Rate	Taux	5.9	7.9	4.0	1.5	4.8	7.4	4.9	4.4	6.6	11.1	15.9	-
2000	Cases	Cas	1695	10	56	42	206	308	277	204	150	199	243	-
	Rate	Taux	5.5	2.9	3.5	1.0	5.0	7.0	5.2	4.7	5.3	9.3	14.2	-
2001	Cases	Cas	1703	7	34	70	164	315	274	202	175	213	249	-
	Rate	Taux	5.5	2.1	2.4	1.7	3.9	7.2	5.2	4.5	6.0	9.9	14.1	-
2002	Cases	Cas	1555	7	44	40	195	286	248	193	154	189	199	-
	Rate*	Taux*	5.0	2.2	3.2	1.0	4.7	6.5	4.7	4.2	5.0	8.8	10.9	-

* Data and rates for 2002 are provisional until publication of the *Tuberculosis in Canada, 2002 Annual Report*.

* Les données et les taux pour 2002 doivent être considérés comme provisoires tant que le rapport annuel *La tuberculose au Canada, 2002* n'aura pas été publié.

Table 3. Reported new active and relapsed tuberculosis cases by birthplace – Canada and provinces/territories: 2002*

Birthplace		Province/territory								North
		CANADA	Atlantic	Quebec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	British Columbia	
Canadian-born	Aboriginal									
	Status Indian	159	2	–	10	43	53	18	33	–
	Non-status Indian/Metis	44	1	3	–	3	29	3	3	2
	Inuit	32	3	2	–	–	–	–	–	27
	Total	235	6	5	10	46	82	21	36	29
	Non-Aboriginal	249	14	93	59	19	3	14	47	–
	Total	484	20	98	69	65	85	35	83	29
Foreign-born (WHO Region)	Africa	106	1	30	54	9	1	6	5	–
	Americas	62	–	29	29	–	–	2	2	–
	East Mediterranean	109	–	18	69	–	–	14	8	–
	Europe	89	–	14	50	1	2	8	14	–
	South East Asia	194	3	15	112	3	–	14	47	–
	Western Pacific	431	–	43	202	19	16	49	115	2
	Unknown Region	33	–	15	18	–	–	–	–	–
	Total	1024	4	164	534	32	4	93	191	2
Unknown Birthplace		47	1	20	15	1	–	–	10	–
TOTAL		1555	25	282	618	98	89	128	284	31

* These data are provisional until publication of the *Tuberculosis in Canada, 2002 Annual Report*.

Tableau 3. Nouveaux cas actifs et cas de rechute signalés selon le lieu de naissance – Canada et provinces/territoires : 2002*

Lieu de naissance		Province/territoire								
		CANADA	Atlantique	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Nord
Nés au Canada	Autochtones									
	Indiens inscrits	159	2	–	10	43	53	18	33	–
	Indiens non inscrits/Métis	44	1	3	–	3	29	3	3	2
	Inuits	32	3	2	–	–	–	–	–	27
	Total	235	6	5	10	46	82	21	36	29
	Non-Autochtones	249	14	93	59	19	3	14	47	–
	Total	484	20	98	69	65	85	35	83	29
Nés à l'étranger (Région de l'OMS)	Afrique	106	1	30	54	9	1	6	5	–
	Amériques	62	–	29	29	–	–	2	2	–
	Méditerranée orientale	109	–	18	69	–	–	14	8	–
	Europe	89	–	14	50	1	2	8	14	–
	Asie du Sud-Est	194	3	15	112	3	–	14	47	–
	Pacifique occidentale	431	–	43	202	19	16	49	115	2
	Région inconnue	33	–	15	18	–	–	–	–	–
	Total	1024	4	164	534	32	4	93	191	2
Lieu de naissance inconnu		47	1	20	15	1	–	–	10	–
TOTAL		1555	25	282	618	98	89	128	284	31

* Ces données doivent être considérées comme provisoires tant que le rapport annuel *La tuberculose au Canada, 2002* n'aura pas été publié.

Table 4. Reported new active and relapsed tuberculosis cases and incidence rates per 100,000 by main diagnostic site – Canada: 1992-2002

Tableau 4. Nouveaux cas actifs et cas de rechute signalés et taux d'incidence pour 100 000 selon la principale localisation – Canada : 1992-2002

Main diagnostic site			Year of diagnosis										
			Année du diagnostic										
Principale localisation			1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002*
Primary	Cases	Cas	193	189	152	163	120	131	130	155	101	114	81
Primaire	Rate	Taux	0.7	0.7	0.5	0.6	0.4	0.4	0.4	0.5	0.3	0.4	0.3
Miliary	Cases	Cas	60	58	65	48	57	73	41	38	40	42	50
Miliaire	Rate	Taux	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
Respiratory**	Cases	Cas	1351	1260	1325	1244	1155	1230	1150	1171	1138	1124	1019
Respiratoire**	Rate	Taux	4.7	4.4	4.5	4.2	3.9	4.1	3.8	3.8	3.7	3.6	3.3
Central nervous system	Cases	Cas	17	19	18	22	19	25	24	15	15	14	18
Système nerveux central	Rate	Taux	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	-	0.1
Peripheral lymph node	Cases	Cas	259	281	301	249	242	266	271	239	254	222	220
Ganglions lymphatiques périphériques	Rate	Taux	0.9	1.0	1.0	0.8	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.7	0.7
Other sites†	Cases	Cas	220	202	206	199	263	248	165	180	144	186	167
Autres†	Rate	Taux	0.8	0.7	0.7	0.7	0.9	0.8	0.5	0.6	0.5	0.6	0.5
Unknown	Cases	Cas	8	3	7	6	12	3	10	8	2	1	-
Inconnue	Rate	Taux	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-
TOTAL	Cases	Cas	2108	2012	2074	1931	1868	1976	1791	1806	1694	1703	1555
TOTAL	Rate	Taux	7.4	7.0	7.1	6.5	6.3	6.6	5.9	5.9	5.5	5.5	5.0

* Data and rates for 2002 are provisional until publication of the *Tuberculosis in Canada, 2002 Annual Report*.

** Respiratory includes pulmonary (with or without silicosis), pleurisy and other respiratory.

† Other sites include abdominal, bones and joints, genitourinary and other non-respiratory.

* Les données et les taux pour 2002 doivent être considérés comme provisoires tant que le rapport annuel *La tuberculose au Canada, 2002* n'aura pas été publié.

** Respiratoire inclut la tuberculose pulmonaire (avec ou sans silicose), la pleurésie et d'autres localisations respiratoires.

† Les autres localisations sont : abdomen, os et articulations, appareil génito-urinaire et autres localisations non respiratoires.

Table 5. Reported new active and relapsed tuberculosis cases by birthplace and main diagnostic site – Canada: 2002*

		Main diagnostic site							
		TOTAL	Primary	Miliary/ Disseminated	Respiratory (pulm/other resp)*	Meninges and CNS	Peripheral Lymph Node	Other Sites**	
Birthplace									
Canadian-born	Aboriginal								
	Status Indian	159	32	10	89	2	12	14	–
	Non-status Indian/Metis	44	8	–	26	–	6	4	–
	Inuit	32	9	–	23	–	–	–	–
	Total	235	49	10	138	2	18	18	–
	Non-Aboriginal	249	11	6	191	3	14	24	–
	Total	484	60	16	329	5	32	42	–
Foreign-born (WHO Region)	Africa	106	3	6	69	1	14	13	–
	Americas	62	2	4	42	–	11	3	–
	East Mediterranean	109	2	1	64	2	24	16	–
	Europe	89	2	3	67	1	5	11	–
	South East Asia	194	1	6	124	4	37	22	–
	Western Pacific	431	8	12	280	3	87	41	–
	Unknown Region	33	3	1	20	–	5	4	–
	Total	1024	21	33	666	11	183	110	–
Unknown Birthplace		47	–	1	24	2	5	15	–
TOTAL		1555	81	50	1019	18	220	167	–

* These data are provisional until publication of the *Tuberculosis in Canada, 2002 Annual Report*.

** Respiratory includes pulmonary (with or without silicosis), pleurisy and other respiratory. Other sites include abdominal, bones and joints, genitourinary and other non-respiratory.

Tableau 5. Nouveaux cas actifs et cas de rechute signalés selon le lieu de naissance et la principale localisation – Canada : 2002*

		Principale localisation							
		TOTAL	Primaire	Miliaire/ diffuse	Respiratoire (pulm./autr e resp.) ^a	Méninges et SNC	Ganglions lymphatiques périphériques	Autres**	
Nés au Canada	Autochtones								
	Indiens inscrits	159	32	10	89	2	12	14	–
	Indiens non inscrits/Métis	44	8	–	26	–	6	4	–
	Inuits	32	9	–	23	–	–	–	–
	Total	235	49	10	138	2	18	18	–
	Non-Autochtones	249	11	6	191	3	14	24	–
	Total	484	60	16	329	5	32	42	–
Nés à l'étranger	Afrique	106	3	6	69	1	14	13	–
	Amériques	62	2	4	42	–	11	3	–
	Méditerranée orientale	109	2	1	64	2	24	16	–
	Europe	89	2	3	67	1	5	11	–
	Asie du Sud-Est	194	1	6	124	4	37	22	–
	Pacifique occidental	431	8	12	280	3	87	41	–
	Région inconnue	33	3	1	20	–	5	4	–
	Total	1024	21	33	666	11	183	110	–
Lieu de naissance inconnu		47	–	1	24	2	5	15	–
TOTAL		1555	81	50	1019	18	220	167	–

* Ces données doivent être considérées comme provisoires tant que le rapport annuel *La tuberculose au Canada, 2002* n'aura pas été publié.

** Respiratoire inclut la tuberculose pulmonaire (avec ou sans silicose), la pleurésie et d'autres localisations respiratoires. Les autres localisations sont : abdomen, os et articulations, appareil génito-urinaire et autres localisations non respiratoires.

INTERNATIONAL NOTES

MASS IMMUNIZATION CAMPAIGN LAUNCHED TO PROTECT 15 MILLION CHILDREN FROM POLIO, AS OUTBREAK IN NIGERIA SPREADS ACROSS WEST AFRICA

A new poliomyelitis outbreak, spreading from Nigeria to neighbouring countries and putting 15 million children at risk, required a massive immunization campaign across five countries in west and central Africa. Beginning 22 October, hundreds of thousands of volunteers and health workers in Benin, Burkina Faso, Ghana, Niger, and Togo aimed to reach every child in those countries with polio vaccine in just 3 days.

The campaign was organized, at a cost of more than US\$10 million, in response to a number of children being paralyzed in Burkina Faso, Ghana, Niger, and Togo by poliovirus genetically traced to northern Nigeria. A further case recently reported in Chad has led to similar campaigns being planned in that country and in Cameroon for mid-November. The polio-infected states in Nigeria, centred around Kano state, have reinfected other areas of the country, most worryingly the city of Lagos with its 10 million inhabitants.

Senior epidemiologists from the Global Polio Eradication Initiative convened a high-level meeting with the Nigerian Minister of Health at the end of September, at which the Minister provided his commitment to eradicating polio in Nigeria by the end of 2004. To achieve this goal, strong political support must be established or strengthened at the sub-national level. Political and community leaders must be engaged to facilitate the logistics of immunization campaigns and ensure that all children are reached.

Nigeria now has the highest number of polio cases in the world, and the disease continues to spread, both to areas of the country that were polio-free and to neighbouring countries. This situation poses a grave public health threat, and jeopardizes the goal of a polio-free world; it has become the last major challenge on the road to global polio eradication.

The tremendous progress made in 2002 resulted in the focus of polio eradication tactics and resources being shifted in 2003 to the few countries that remain endemic. Now, the situation in Nigeria is forcing eradication efforts back to countries that had already eliminated polio. The massive immunization campaign is thus critical, to prevent these isolated viruses from again paralyzing children in areas that had previously been polio-free.

Epidemiologists attribute the marked increase in cases in Nigeria, around the state of Kano, to insufficient coverage by both polio immunization campaigns and routine services. Monitoring data have highlighted at least one state in which as few as 16% of children have been adequately immunized. A difficult environment has severely compromised the quality of immunization campaigns and helped to propagate rumours about the safety of the oral polio vaccine.

Despite the apparent setback, however, epidemiologists remain convinced that polio can be eradicated from Nigeria. Much of the country, including Lagos, was polio-free for more than 2 years. The challenge now is to improve the quality of polio campaigns in the key endemic areas of Nigeria and to reach all children during immunization activities.

Since 1985, Rotary International has made ending polio its main philanthropic goal and has committed more than US\$500 million to the effort. Rotary International has stressed the need for the inter-

NOTES INTERNATIONALES

LANCÉMENT D'UNE CAMPAGNE DE VACCINATION DE MASSE DESTINÉE À PROTÉGER 15 MILLIONS D'ENFANTS À LA SUITE DE LA PROPAGATION EN AFRIQUE DE L'OUEST DE LA FLAMBÉE DE POLIOMYÉLITE AU NIGERIA

Quinze millions d'enfants sont exposés au risque de poliomyélite à la suite d'une nouvelle flambée qui se propage du Nigeria aux pays voisins, nécessitant une campagne de vaccination de masse dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. À partir du 22 octobre 2003, des centaines de milliers de volontaires et d'agents de santé au Bénin, au Burkina Faso, au Ghana, au Niger et au Togo ont cherché à vacciner tous les enfants de ces pays en 3 jours à peine.

La campagne, d'un coût de plus de US\$ 10 millions, est lancée alors qu'un certain nombre d'enfants sont atteints de paralysie au Burkina Faso, au Ghana, au Niger et au Togo à cause d'un poliovirus génétiquement lié à celui qui sevit au nord du Nigeria. Un autre cas, récemment signalé au Tchad, a entraîné la planification de campagnes du même type qui auront lieu dans ce pays et au Cameroun à la mi-novembre. Les États du Nigeria infectés par la poliomyélite, et situés autour de l'État de Kano, ont réinfecté d'autres zones du pays et en particulier la ville de Lagos, peuplée de 10 millions d'habitants, ce qui est particulièrement préoccupant.

Les principaux épidémiologistes de l'initiative Pour l'éradication mondiale de la poliomyélite ont tenu une réunion de haut niveau en compagnie du ministre nigérian de la Santé, à la fin septembre, et le ministre s'est engagé à éradiquer la poliomyélite dans le pays à la fin de 2004. Pour atteindre ce but, un appui politique très ferme s'impose au niveau infranational. Les responsables politiques et communautaires doivent faciliter l'organisation logistique des campagnes de vaccination et veiller à ce que tous les enfants reçoivent le vaccin.

Le Nigeria est maintenant le pays qui compte le plus de cas de poliomyélite dans le monde. La maladie continue de se propager à l'intérieur du pays à des zones qui en étaient exemptes, ainsi qu'aux pays voisins. Cette situation représente une grave menace pour la santé publique et met en péril l'objectif à atteindre à savoir, un monde exempt de poliomyélite; cela représente le dernier gros obstacle sur le chemin de l'éradication mondiale.

En raison des énormes progrès enregistrés en 2002, les tactiques et les ressources vouées à l'éradication ont été reorientées en 2003 pour mettre l'accent sur les derniers pays d'endémie. Mais la situation au Nigeria nous contraint maintenant à nous préoccuper à nouveau de pays qui avaient déjà éliminé la maladie. On ne peut tout simplement pas laisser les virus isolés paralyser d'autres enfants dans des zones qui avaient auparavant été libérées de la poliomyélite. C'est pour cela que cette campagne massive revêt une telle importance.

Les épidémiologistes attribuent l'augmentation marquée du nombre de cas au Nigeria, autour de l'État de Kano, à une couverture vaccinale insuffisante obtenue aussi bien au cours des campagnes de vaccination que par les services de vaccination systématique. Les données issues de la surveillance font apparaître que, dans un État au moins, la proportion des enfants vaccinés de manière appropriée n'a pas dépassé 16%. Une situation difficile a sérieusement compromis la qualité des campagnes antipoliomyelitiques et contribué à la propagation de rumeurs concernant la sécurité du vaccin antipoliomyelitique oral.

Malgré cet incident de parcours, les épidémiologistes restent convaincus qu'il est possible d'éradiquer la poliomyélite au Nigeria. Une grande partie du pays était déjà exempte de poliomyélite depuis plus de 2 ans, y compris la ville de Lagos. Il s'agit maintenant d'accroître la qualité des campagnes antipoliomyelitiques dans les zones clés d'endémie du pays et de veiller à ce que tous les enfants soient vaccinés.

Depuis 1985, le Rotary International a fait de la victoire contre la poliomyélite son principal but philanthropique et a consenti un effort de plus de US\$ 500 millions pour y parvenir. Le Rotary International a lancé un appel à la

national community to provide the necessary additional funds as quickly as possible – for the sake of all children across western Africa.

Further resources are required for this unforeseen campaign, but the Nigeria outbreak is only one of the threats to the goal of a polio-free world – globally the Initiative faces a funding gap of US\$210 million for activities planned through 2005.

The Global Polio Eradication Initiative is spearheaded by WHO, Rotary International, the US Centers for Disease Control and Prevention, and UNICEF. The poliovirus is now circulating in only seven countries – Afghanistan, Egypt, India, Niger, Nigeria, Pakistan, and Somalia – compared with 125 when the Initiative was launched in 1988. Additionally, polioviruses from endemic countries have been imported into Burkina Faso, Ghana, Lebanon, Niger, and Togo in 2003.

The polio eradication coalition includes governments of countries affected by polio; private foundations; development banks; donor governments; the European Commission; humanitarian and non-governmental organizations; and corporate partners. Volunteers in developing countries also play a key role; 20 million have participated in mass immunization campaigns.

Source: WHO Weekly Epidemiological Report, Vol 78, No 44, 2003.

*Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.*

Health Canada

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. Health Canada does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome in the official language of your choice from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Eleanor Paulson
Editor-in-Chief
(613) 957-1788

Marion Pogson
Editor
(613) 954-5333

Pamela Fitch
French Editor
(613) 952-3299

Francine Boucher
Desktop Publishing

Submissions to the CCDR should be sent to the:
Editor
Population and Public Health Branch
Scientific Publication and Multimedia Services
130 Colonnade Rd., A1, 6S0T0
Ottawa, Ontario K1A 0K9

To subscribe to this publication, please contact:
Canadian Medical Association
Member Service Centre
1867 Alta Vista Drive, Ottawa, ON Canada K1G 3H6
Tel. No. (613) 731-8610 Ext. 2307 or (888) 855-2555
FAX: (613) 236-8864

Annual subscription: \$105 (plus applicable taxes) in Canada; \$140 (U.S.) outside Canada.

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at:
<<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspip/publicat/ccdr-mtc/>>

(On-line) ISSN 1481-8531

Publications Mail Agreement No. 40064383

© Minister of Health 2004

communauté internationale pour qu'elle fournisse les fonds nécessaires aussi rapidement que possible pour les enfants de toute l'Afrique de l'Ouest.

De nouvelles ressources sont nécessaires pour mener cette campagne imprévue. La flambée du Nigeria ne constitue qu'un risque mondial parmi d'autres auquel il faudra faire face pour arriver à un monde exempt de poliomyélite, car au niveau mondial il manque US\$ 210 millions à l'Initiative pour mener à bien ses activités jusqu'en 2005.

L'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite est dirigée par l'OMS, le Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et l'UNICEF. Le poliovirus ne circule plus désormais que dans sept pays, alors qu'il était présent dans 125 pays au moment du lancement de l'Initiative en 1988. Les sept pays où le poliovirus sauvage autochtone est présent sont le Nigeria, l'Inde, le Pakistan, l'Égypte, l'Afghanistan, le Niger et la Somalie. En outre, en 2003, des poliovirus ont été importés de pays d'endémie, vers le Burkina Faso, le Ghana, le Liban, le Niger et le Togo.

La coalition de l'éradication de la poliomyélite associe les gouvernements des pays touchés par la maladie, des fondations privées, des banques de développement, les gouvernements de pays donateurs, la Commission européenne, des organisations humanitaires et non gouvernementales et des partenaires du secteur privé. Les volontaires dans les pays en développement jouent également un rôle clé et 20 millions d'entre eux ont participé aux campagnes de vaccination de masse.

Source : Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, vol 78, n° 44, 2003.

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à
maintenir et à améliorer leur état de santé.*

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Eleanor Paulson
Redactrice en chef
(613) 957-1788

Marion Pogson
Redactrice
(613) 954-5333

Pamela Fitch
Redactrice française
(613) 952-3299

Francine Boucher
Éditrice

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à:
Redactrice
Direction générale de la santé de la population et de la
santé publique, Services de publications scientifiques et
multimédias, 130, rue Colonnade, 1A, 6S0T0
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter:
Association médicale canadienne
Centre des services aux membres
1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3H6
N° de tél. (613) 731-8610 Poste 2307 ou (888) 855-2555
FAX: (613) 236-8864

Abonnement annuel: 105 \$ (et frais connexes) au Canada; 140 \$ US à l'étranger.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à:
<<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspip/publicat/ccdr-mtc/>>

(En direct) ISSN 1481-8531

Poste-publications n° de la convention 40064383

© Ministère de la Santé 2004

